請求日　　年　　月　　日

りそな健康保険組合　御中

インフルエンザ予防接種補助金請求書（2024年度用）

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を請求いたします。

※ 被保険者自署必須

被保険者証 記号・番号	記号	番号　（最大6桁）	被保険者 氏　名	（自署） （ビジネスネーム不可）
事業所名 所属部店名			連絡先 Tel （勤務先）	内線　（　　）

※ 領収書は名宛必須 （名宛がない場合は、接種者氏名を補記）　　**※ 太枠内項目記入必須**

接種者氏名					
続　柄					
予防接種費用					
初回接種日					

○ 補助対象期間　：　2024年10月1日(火) ～ 2025年1月31日(金) 接種分

○ 請求期限　：　2025年2月14日(金)　健保組合到着分まで　（必着）

○ 補助金額　：　年度中一人当たり上限 2,000円

○ 補助対象者　：　接種日時点で当健保の被保険者(本人)または被扶養者(当健保に加入している家族)

※ 請求期限後に到着した場合、補助金は支給できません。（請求書は返却します）

※ 家族分はできるだけまとめてご請求下さい。

注1.　接種日・接種者・**インフルエンザの予防接種であることが分かる領収書**をもらってください。

注2.　この請求書に上記の領収書（原本）を添付して提出してください。

※ クリアポケット等を使用し取りまとめ、領収書を**のり付け・ホッチキス留しない**でください。

※ 領収書は返却できません。　　※ **レシート、診療明細書および接種済証のみの代用は不可**です。

※ 2回接種の場合、1回分の接種で2,000円に達していれば、1回分のみで請求してください。
1回分の接種で2,000円に達していない場合は、2回分合計で請求してください。

※ レシートで代用する場合は、接種者が分かる診療明細書もしくは接種済証を添付してください。

注3.　下記の証明により、領収書の添付を省略することができます。

上記のとおり、インフルエンザ予防接種を実施しましたので、証明いたします。

医療機関 証明欄	接種人数・費用		医療機関（名称・所在地）	証明印
	接種人数	人		
	総費用	円		

※ 「医療機関」欄がゴム印の場合、証明印は不要　　※ 注1.の領収書が添付されている場合は、本欄不要

健保使用欄

支給額決定	領収書確認

職場一括用（被保険者専用）

りそな健康保険組合　御中

請求日　　年　　月　　日

インフルエンザ予防接種補助金請求書（2024年度用）

インフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を請求いたします。

※全員の自署確認

接種日	一人当たり費用	事業所名	担当者名	Tel

No.	被保険者証		接種者氏名（**自署**）（ビジネスネーム不可）	No.	被保険者証		接種者氏名（**自署**）（ビジネスネーム不可）
	記号	番号（最大6桁）			記号	番号（最大6桁）	
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

上記のとおり、インフルエンザ予防接種を実施しましたので、証明いたします。

医療機関証明欄			医療機関（名称・所在地）	証明印
	接　種　日			
	1人あたり費用	円		
	接種人数	人		
	総　費　用	円		

- ○ 補助対象期間　：2024年10月1日(火) ～ 2025年1月31日(金) 接種分
- ○ 請求期限　：2025年2月14日(金)　健保組合到着分まで　（必着）
- ○ 補助金額　：年度中一人当たり上限 2,000円
- ○ 補助対象者　：接種日時点で当健保の被保険者（本人）

※ 請求期限後に到着した場合、補助金は支給できません。（請求書は返却します）

注1.　医療機関窓口で、医療機関証明欄に接種日、１人あたり費用、接種人数、総費用の証明（証明印は医療機関名がゴム印で表記されている場合は不要）を依頼してください。

注2.　証明印等をもらえない場合は、この**請求書に領収書（原本）を添付**して提出してください。

※ のり付け・ホッチキス留厳禁　　※ 診療明細書および接種済証は不可。領収書の返却不可。

健保使用欄

一人当たり支給決定額	領収書確認